

CONSUMER SERVICES AND MARKET CONDUCT BRANCH
CONSUMER SERVICES DIVISION
300 SOUTH SPRING STREET, SOUTH TOWER
LOS ANGELES, CA 90013



SOLICITUD DE ASISTENCIA

Su nombre

Teléfono: Trabajo: () _____

Teléfono: Residencia: () _____

Dirección

Ciudad Zona Postal

=====

Antes de que se pueda presentar una queja con el Departamento de Seguros, es necesario primero contactar la compañía de seguro o el agente para resolver su problema(s). Si no recibe un resposdo satisfactorio, entonces complete esta forma, con copias de todos los papeles importantes que relatan a su problema.

Yo entiendo que una copia de esta Solicitud de Asistencia puede ser enviado a la compañía de seguros o el agente a menos que indico que no desees que una copia sea enviada por medio de marcar en la caja:

Favor de no enviar copias de mi solicitud.

1. El nombre completo de la compañía aseguradora:

2. Tipo de seguro: Auto Vida Casa Salud Otro _____

3. (a) Nombre en la póliza si es diferente a su nombre:

(b) Si es póliza de grupo, nombre del grupo:

4. Número de la póliza o certificado:

5. Número de reclamo (si es aplicable) _____

6. Fecha en que la pérdida ocurrió o principio (si es aplicable) _____

7. Agente (si es aplicable) _____

Dirección _____ Ciudad/Estado _____ Zona Postal _____

8. ¿Ha comunicado con la compañía o el agente? Sí No

Si la respuesta es si, favor de proveer el nombre de la persona(s) comunicada

(Suministrar copias de toda correspondencia)

